Ergife Palace Hotel

25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica

ROMA
12 - 15 novembre
2026

Associazione Medici Endocrinologi

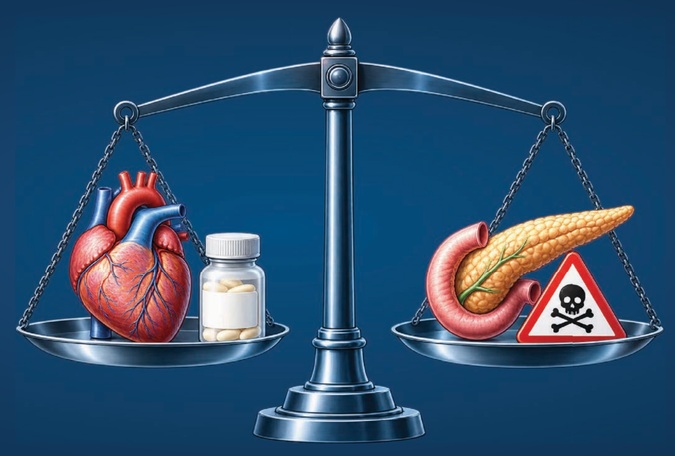
CASO CLINICO · FARMACOVIGILANZA

Beneficio cardiovascolare o rischio metabolico?

Duplice chetoacidosi da SGLT2-inibitore in una paziente con LADA

E. Cafà[1], M. M. Marcellini[2], F. Bertondini[1], R. De Giovanni[2], M. C. Zatelli[1,3], M. R. Ambrosio[1,3]

[1] Sezione di Endocrinologia, Geriatria e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara
[2] Unità Operativa di Medicina Interna, Dipartimento di Emergenza Internistico e Cardiologico di Rimini
[3] U.O. Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Dipartimento di Medicina Specialistica, AOU S. Anna, Ferrara



INTRODUZIONE

Gli SGLT2-inibitori (SGLT2-i) sono oggi un cardine della terapia dello scompenso cardiaco (HF), con indicazione anche in assenza di diabete. Nel diabete a fenotipo insulinopenico (tipo 1, LADA avanzato) il loro uso **non è raccomandato** per l'elevato rischio di chetoacidosi diabetica (DKA): un nesso spesso misconosciuto quando il farmaco è prescritto al di fuori dell'ambito diabetologico.

PROFILO CLINICO

81 ANNI

LADA di lunga durata
Basal-bolus, scarso controllo glicemico

C-peptide indosabile
Riserva beta-cellulare assente

HF NYHA III
Fibrillazione atriale, cardiomiopatia ipertrofica apicale

OBIETTIVO

Descrivere un caso di duplice DKA in una paziente con LADA e sottolineare l'importanza del **dosaggio del C-peptide** come prerequisito per la sicurezza metabolica prima dell'avvio di un SGLT2-i.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Dapagliflozin 10 mg/die
Introdotto durante l'ultimo follow-up cardiologico

DOPO CIRCA UN MESE

01 Prima DKA severa — Terapia Intensiva

Glicemia mg/dL	pH	BE mmol/L	Lattato mmol/L	Creatinina mg/dL
488	7.00	-25	3.6	1.8

pCO_2 14 mmHg. Tachipnea, disidratazione e marezzature cutanee; apiretica e vigile. **Ricovero in Terapia Intensiva.**

UN GIORNO DOPO STABILIZZAZIONE E TRASFERIMENTO IN DEGENZA

02 Seconda DKA severa — Terapia Intensiva

Glicemia mg/dL	Lattato mmol/L
>700	4.6

Sopore e ipotensione.
Nuovo ricovero intensivo.

DISCUSSIONE

Due DKA severe in pochi giorni, con riserva beta-cellulare assente, illustrano il rischio degli SGLT2-i nel diabete insulinopenico: senza insulina endogena la chetogenesi indotta dal farmaco non viene frenata.

SGLT2-i glicosuria → Insulina assente → Lipolisi chetogenesi → DKA

Un beneficio atteso trasformato in un rischio vitale ripetuto.

ESITO CLINICO

Stabilizzazione definitiva e ripresa in carico dalla Diabetologia.
Indicazione assoluta alla non reintroduzione degli SGLT2-i.

TAKE HOME MESSAGES

01 LADA: il C-peptide guida la terapia
Il LADA è una forma autoimmune a esordio lento: la riserva beta-cellulare si riduce nel tempo. La scelta dei farmaci, inclusi gli SGLT2-i, va stratificata sul C-peptide.

02 C-peptide prima di prescrivere
Nel diabete a fenotipo insulinopenico un C-peptide indosabile rende gli SGLT2-i non raccomandati: va dosato prima della prescrizione.

03 Approccio multidisciplinare
La prescrizione cardio-nefroprotettiva nel paziente insulinopenico va condivisa con il diabetologo, per bilanciare beneficio cardiovascolare e sicurezza metabolica.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

Università degli Studi di Ferrara